

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR		CC:	53160713	
CORREO ELECTRÓNICO:	ANAMAMD@GMAIL.COM		TELÉFONO:	3212009430	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 61 SUR 79B 30 CO LA CAPILLA		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008600728540

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1627 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 5.597.870
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2026/01/15
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/01 AL 2025/12/31		



ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR
PS_1627_2025_9E9220

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR

CC: 53160713

CEL: 3212009430

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR

CON C.C N°

53.160.713

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1627 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 69.490.800	No. HORAS EJECUTADAS	58
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	-----------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 176.043.360	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 5.597.870
---	----------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS DOCE (12) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1. Realizo valoración de pacientes del servicio de Medicina Interna durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
6. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
7. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
8. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
18. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

1

20. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial. Respuesta a correos.
21. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-01) AL (2025-12-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9494487932	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	ALIANSA LUD	2025/11/07	\$ 791.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/11/07	\$ 1.076.500
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	2025/11/07	\$ 154.300
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 2.022.300

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
- 3.- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR

PS_1627_2025_9E9220

ANA MARIA RUBIO VILLAMIZAR

CC: 53160713

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1627_2025_9E9220

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1627_2025_9E9220

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53160713		RUBIO VILLAMIZAR ANA-MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26A No. 62 - 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2483390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1910086177	9494487932	I	2025/12/03	2025/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,022,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,331,384	\$1,076,500			\$6,331,384	\$791,500			\$0	\$0			\$6,331,384	\$154,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,331,384	\$1,076,500			\$6,331,384	\$791,500			\$0	\$0			\$6,331,384	\$154,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$6,331,384	\$1,076,500			\$6,331,384	\$791,500			\$0	\$0			\$6,331,384	\$154,300		\$0	\$0
1	CC	53160713	RUBIO ANA	230301	30	\$6,331,384	\$1,076,500	EPS001	30	\$6,331,384	\$791,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$6,331,384	\$154,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$6,331,384	\$1,076,500			\$6,331,384	\$791,500			\$0	\$0			\$6,331,384	\$154,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53160713		RUBIO VILLAMIZAR ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 26A No. 62 - 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2483390	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1910086177	9494487932	I	2025/12/03	2025/11/07	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,022,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,076,500	\$0	\$0	\$1,076,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,076,500	\$0	\$0	\$1,076,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$154,300	\$0	\$0	\$154,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$154,300	\$0	\$0	\$154,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$791,500	\$0	\$0	\$791,500	
ALIANSAUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$791,500	\$0	\$0	\$791,500	
TOTAL				1	\$2,022,300	\$0	\$0	\$2,022,300	



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 [Información general](#)
- 2 [Condiciones](#)
- 3 [Bienes y servicios](#)
- 4 [Documentos del Proveedor](#)
- 5 [Documentos del contrato](#)
- 6 [Información presupuestal](#)
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 [Modificaciones del Contrato](#)
- 9 [Incumplimientos](#)

Documentos de ejecución del contrato borrados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1627 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1627 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1627 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1627 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	4. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO	4. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	5. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1627 2025 CRP-4581.pdf	1 PS 1627 2025 CRP-4581.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1627 2025 CRP-15208.pdf	2 PS 1627 2025 CRP-15208.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1627 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1627 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1627 2025 CRP-18869.pdf	3 PS 1627 2025 CRP-18869.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf (Archivado)	8. PS 1626 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1627 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1627 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9.PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9.PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	11. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	11. PS 1627 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

fa5968189bbcca919ac93a8621d46f4a2de285e4ffdc0875a50cdf3226198016d1ae95379b26465b0dee1b9979ff7f13

Número de Factura: FVE-108

Forma de pago: Crédito

Fecha de Emisión: 05/12/2025

Medio de Pago: Crédito Ahorro

Fecha de Vencimiento: 31/12/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RUBIO VILLAMIZAR ANA MARIA

Nombre Comercial: RUBIO VILLAMIZAR ANA MARIA

Nit del Emisor: 53160713

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bogotá

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CR 26 A 62 14

Actividad Económica: 8610

Teléfono / Móvil: 6014569994

Correo: anamamd@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900959051

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: O-13

Dirección: DG 34 5-43

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 3023290575

Correo:

radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	01 HONORARIOS PROFESIONALES	01 HONORARIOS PROFESIONALES	NIU	1,00	\$ 5.597.870,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 5.597.870,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 05/12/2025 15:38:32
Documento validado por la DIAN:
 05/12/2025 15:38:33
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	5597870
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5597870
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	5597870
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5597870

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	5.597.870,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	5.597.870,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	5.597.870,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 5.597.870,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00
RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764068782614 Rango desde: 101 Rango hasta: 130 Vigencia: 2026-04-10